FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1919 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Auguste-Charles-Alphonse DURAND-VAUGARON
Né à Pont-Scorff (Morbihan), le 18 novembre 1877

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

GRIPPES HÉMORRAGIQUES BÉNIGNES

Président : M. P. CARNOT, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)

1919

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	N...
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	GOSSET
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD WIDAL GILBERT CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU LEJARS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE N.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	BROCA
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Clinique oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	LABBE (H.)	MOCQUOT	ROUVIERE
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ(A
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	SICARD
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TANON
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	VILLARET
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	ZIMMERN
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Mademoiselle RIGOT

En témoignage de profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur P. CARNOT

Qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la Présidence de notre thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

GRIPPES HÉMORRAGIQUES BÉNIGNES

INTRODUCTION

La toxi-infection grippale prend souvent, même à l'état sporadique, la forme congestive.

En temps d'épidémie, cette tendance s'exaspère, et l'on voit apparaître les formes hémorragiques si diverses d'allure, d'intensité et de gravité, qui font de cette maladie l'une des affections les plus hémorragipares que l'on connaisse.

Notées déjà par les auteurs bien avant 1837, par Law par exemple qui, dès 1779, décrivait un des symptômes de la grippe congestive que l'on considère en ce moment comme des plus fréquents et des plus importants : la métrorragie, les différentes manifestations saignantes de la maladie dont nous nous occupons ont été successivement décrites au cours des épidémies suivantes. « L'épidémie 1889-1890 fut féconde en hémorragies (Dieulafoy) ».

La dernière épidémie, sans révéler beaucoup de types nouveaux, à part peut être la forme hémoptysique grave, et la forme hémorragique généralisée,

dont les manifestations cliniques ont été étudiées et classées avec soin, a suscité de multiples travaux qui, s'ils n'ont pas élucidé la question pathogénique, encore à l'étude, ont mis au point le côté diagnostique de la question ainsi que son côté pronostique.

Nous ne pouvons, dans cette modeste étude, refaire l'historique des innombrables travaux qui se sont succédés depuis le XVIII^e^ siècle. Il nous suffit de constater que, grâce à cette patiente étude et aux résultats pratiques qui en ont été le fruit, le médecin traitant ne se trouve maintenant désorienté devant aucune des multiples manifestations de cette maladie protéiforme.

DES FORMES HÉMORRAGIQUES LES PLUS COMMUNES

Certaines formes hémorragiques sont fort rares à l'état isolé, et ne s'observent guère qu'à l'état d'épiphénomène dans le cours des grippes hémorragiques généralisées.

D'autres, plus communes, se localisent volontiers, mais, le plus souvent, ne sont néanmoins qu'une complication fâcheuse, soit à cause de leur localisation même, soit par l'abondance de la perte sanguine qui, d'un côté affaiblit l'organisme, et, d'un autre côté, laisse après elle localement un endroit de moindre résistance tout préparé pour les infections futures.

Les hémorragies les plus fréquemment observées sont :

L'épistaxis;

La ménorragie et la métrorragie;

(Trois symptômes dont la caractéristique est la précocité.)

Et l'hémoptysie.

(Symptôme rarement précoce, mais survenant à la période d'état.)

L'épistaxis, souvent abondante et répétée, semble relever, comme certaines épistaxis de la fièvre typhoïde, d'un processus exulcérant à marche rapide. On constate des effusions de la muqueuse nasale (M. Netter) ; des exulcérations plus ou moins étendues, et qui peuvent s'accompagner d'exulcérations du voile du palais, et des piliers antérieurs des amygdales (M. Netter).

La métrorragie, déjà signalée par Law en 1779 et la ménorragie, sont des plus fréquentes. Les premières peuvent compromettre la vie de la malade par leur abondance. Quant aux secondes, on a pu dire qu'elles étaient « de règle » chez la femme grippée : « Epistaxis utérines » (Gubler).

L'hémoptysie, symptôme important de la période d'état, étudié déjà lors de l'épidémie 1889-1890 (M. Huchard) est d'une grande importance au point de vue diagnostique et pronostique. Mais ses formes graves n'ont été signalées qu'en 1918.

Abondante et répétée, elle peut être la conséquence d'une « congestion pulmonaire, massive et brutale » (MM. Trémolières et Rafinesque), et peut tuer impitoyablement le malade en quelques jours.

D'un autre côté, elle peut être symptomatique d'une lésion broncho pulmonaire grave, complication si fréquente de la grippe épidémique à prédominance thoracique.

Le diagnostic de l'hémoptysie grippale doit donc être toujours réservé, et d'autant plus qu'elle peut

être la première manifestation tangible d'une lésion tuberculeuse jusque-là latente.

En présence d'un symptôme de cette valeur, l'auscultation la plus minutieuse s'impose donc; et si des signes douteux permettent de faire penser à l'éclosion ou au réveil d'un processus tuberculeux, on ne peut se dispenser d'avoir recours comme moyens de contrôle aux procédés de cuti-réaction et aux examens de laboratoire.

Mais, heureusement, l'hémoptysie, en cours de grippe, n'est pas toujours d'un si funeste augure. Elle peut traduire une simple et bénigne congestion locale telle qu'il est dans les habitudes de cette affection d'en créer de toutes pièces. En ce cas, ce n'est plus une hémoptysie vraie, abondante, tenace, répétée, qu'on observerait, mais quelques expectorations hémoptoïques accompagnant un point congestif pulmonaire très limité, siégeant loin des sommets et évoluant rapidement vers la résolution. Ces petites hémorragies broncho-pulmonaires fugaces et d'observation si courante, ne traduiraient-elles même pas souvent autre chose que des ectasies paralytiques, et ne constitueraient-elles même pas, dans certains cas, un mode de réaction active de l'organisme ? Les quelques observations que nous présentons au cours de ce travail nous le laissent à penser.

Les hémorragies gastro-intestinales passent pour plus rares que les précédentes. Elles peuvent revêtir tous les modes d'intensité ; elles peuvent même revêtir la « robe sanglante de la gastrite pneumo-

coccique », et tuer le malade en peu de temps.

A l'autopsie de plusieurs grippés, M. Caussade a constaté des taches ecchymotiques et des suffusions sanguines siégeant de préférence au cardia, à la petite courbure, au pylore, et même au gros intestin.

La plupart du temps, les hémorragies gastro-intestinales sont légères, fugaces, à tel point qu'elles peuvent ne pas s'accompagner de vomissements ni de melœna facilement reconnaissable. Des hémorragies occultes seraient cependant révélées bien souvent par la recherche systématique du sang dans les selles des grippés par le procédé à la benzidine ou par la réaction de Meyer.

Les autres hémorragies locales : hématuries (Voisin), hémorragies méningées (M. Caussade) ; oculaires (M. Touraine), etc... sont des formes rares et que l'on n'observe guère que dans les grippes à tendance hémorragique généralisée.

Les « grippes hémorragiques généralisées » ont été étudiées par M. Touraine qui en décrit trois types :

1° La forme bénigne sans complications pulmonaires ;

2° La forme compliquée non septicémique ;

3° La forme septicémique.

Elles ont été observées malheureusement trop fréquemment au cours de la dernière épidémie.

La forme septicémique, créée par des associations microbiennes variées, dont le streptocoque paraît être l'agent le plus nocif (M. Caussade), « évolue à la manière des formes hémorragiques de la

plupart des grandes infections ». Elle s'accompagne des signes de l'insuffisance surrénale aiguë (MM. Sergent, Rénon, Thiroloix).

Cette forme n'est en somme qu'une variété de la « fièvre putride hémorragique » décrite par les Anciens.

DE L'HÉMOPTYSIE GRIPPALE GRAVE

De toutes les formes que nous venons de passer en revue, l'hémoptysie est, sans conteste, l'accident hémorragique le plus fréquent de la période d'état.

La forme grave, étudiée seulement depuis la dernière épidémie, présente un intérêt tout particulier, quand elle paraît créée de toutes pièces par l'infection grippale, sans adjonction d'une imprégnation bacillaire préexistante.

Les quatre observations qui suivent, prises dans le service de M. le professeur Carnot, à Beaujon, et que M. le Dr de Léobardy a bien voulu nous communiquer, sont absolument typiques.

OBSERVATION I

G..., entre à l'hôpital Beaujon le 17 février 1919 dans la soirée.

Tombé malade brusquement quatre jours auparavant.

18 février. — Visite du matin : on est frappé par l'état général du malade : teint plombé ; dyspnée et cyanose. Aspect vultueux. Etat extrêmement trémulant au point de faire redouter le delirium tremens. T. 40°5.

Examen. — Sensible condensation pulmonaire des deux bases. Pas de souffle.

Cœur : très rapide : 140 pulsations ; bondissant, bien frappé. Vers 2 heures de l'après-midi : crachats sanglants évacués sans effort. La cyanose augmentant, on pratique une saignée vers 3 heures du soir.

Vers 5 heures, très grosses hémoptysies. Le malade crache, au milieu de quintes de toux, du sang par gorgées ; il en expulse à la fois par le nez et la bouche.

Quantité de sang ainsi rendue : 1 litre environ.

Le malade meurt à minuit.

Aucun antécédent de bacillose ; aucune lésion ancienne ou récente, d'origine bacillaire.

OBSERVATION II

S..., 26 janvier 1919. Malade depuis deux jours. Début brusque : céphalée, vomissements, courbature généralisée.

A l'examen : bronchite diffuse dans les deux poumons. Aux deux bases : submatité ; râles crépitants fins.

Le 29, apparition d'un épistaxis. T. 40°1. Etat général s'altère.

Le 31, épistaxis abondante ; crachats sanglants expulsés à la suite d'accès de toux pénible.

Pas de grosses hémoptysies. Le malade meurt le 3 février avec signes d'intoxication générale.

Pas d'antécédents bacillaires ; pas de lésions anciennes ou récentes.

OBSERVATION III

R..., dix-neuf ans, entré le 17 février dans l'après-midi.

Le 18, le malade raconte être souffrant depuis deux jours.

Début brutal : point de côté, céphalée, courbature.

On constate la présence d'une pneumonie de la base droite avec souffle et râles fins. Etat général bon. Le malade, tout jeune, présente un aspect robuste. T. 40 degrés.

Le 20 février, aucun phénomène n'a attiré l'attention sur son état à la visite et à la contre-visite.

Brusquement, à 10 heures du soir, il est pris d'un point de côté très vif avec sensation d'étouffement. Il se met à cracher du sang à pleine bouche au milieu de quintes de toux et meurt avant même que l'interne de garde, immédiatement prévenu, eût eu le temps d'arriver au chevet du malade. Le crachoir était à peu près rempli de sang.

Aucun antécédent de bacillose pulmonaire, aucune lésion de bacillose ancienne ou récente.

OBSERVATION IV

M..., entre à l'hôpital le 16 février. Malade depuis deux jours. Début brusque : courbature, céphalée.

A son entrée, état général bon. T. 39 degrés. Pouls 110.

Poumon : grosse matité de la base droite avec râles sous-crépitants fins. Dans les deux poumons, quantité de râles ronflants et sibilants, à ce point qu'ils gênent l'auscultation du cœur.

Pouls bondissant, très tendu. Pression artérielle : 18 m. — 8 m. Myosis. Signe d'Argyll à droite. Réflexes normaux.

Dès son arrivée, on remarque des crachats sanglants.

18 février. — Pas de modifications de l'état local ; toujours des râles en quantité considérable; mais le malade se cyanose et devient trémulant.

Dans l'après-midi, le malade fait une hémoptysie d'un demi-crachoir environ. Il meurt un quart d'heure après.

Caractères de ces hémoptysies

« Celles de l'hémoptysie consécutive à la rupture d'un anévrisme de Rasmussen « (trois fois sur quatre observ.) :

Trois fois sur quatre : très abondantes.

Deux fois : brusques.

Deux fois : précédées de crachats sanglants.

« Toujours d'un très fâcheux pronostic : quatre décès sur quatre observations » (De Leobardy).

Nota. — Dans la première observation : congestion pulmonaire massive et brutale.

Dans la troisième observation : pneumonie grippale droite.

Dans la quatrième observation : congestion massive de la base droite et signes manifestes d'hypertension chez un Σ... probable.

Dans la deuxième observation : grippe hémorragique septicémique, sans foyer pulmonaire nettement délimité.

PATHOGÉNIE

On ne connaît pas l'agent spécifique de la grippe. Le cocco bacille de Pfeiffer ne serait qu'un agent d'infection secondaire ; le pneumocoque, le pneumo-bacille et le streptocoque sont les agents des complications. On suppose que le virus filtrant grippal prépare le terrain à l'infection secondaire polymicrobienne, et que le « satellitisme cultural » *in vivo* est très précoce.

Quoi qu'il en soit, tous ces agents microbiens sont éminemment hémorragipares (y compris le virus filtrant lui-même à qui l'on pourrait peut-être attribuer les hémorragies prémonitoires telles que l'épistaxis et la ménorragie ; et même certaines hémorragies de la période d'état telles que les épanchements sanglants « aseptiques » de la plèvre).

Que nous montre en effet l'expérimentation ?

Bacille de Pfeiffer. — « L'inoculation intra-veineuse d'une culture de cocco-bacille au lapin a déterminé des phénomènes de septicémie hémorragique et de congestion pulmonaire (M. Chopinet). »

Pneumo-bacille de Friedlander. — L'inoculation intra-veineuse de pneumo-bacille peut déterminer

chez le lapin « une septicémie hémorragique avec gonflement et infarctus des plaques de Peyer, hémorragies de l'intestin et des capsules surrénales » (M. Roger).

Pneumocoque. — Il est un des agents les plus hémorragipares qui soit. L'injection au lapin d'une culture de pneumocoque à virulence exaltée détermine des lésions hémorragiques (MM. Bezançon et Griffon, Fournier et Carnot).

Les autopsies de personnes mortes de gastrite pneumoccocique montrent « la muqueuse stomacale parsemée d'érosions hémorragiques, véritables nécrobioses aiguës » (Dieulafoy, *in Manuel de Pathologie interne*).

On a même considéré le diplocoque encapsulé comme « l'agent des hémoptysies tuberculeuses » (M. P. Weill).

Streptocoque. — « Il a été démontré expérimentalement que le streptocoque est hémolytique. Il peut donc modifier le sang dans les infections et produire des hémorragies (M. Chopinet). »

« Le streptocoque serait l'agent des formes grippales septicémiques avec hémorragies multiples (M. Castaigne). »

« Une femme atteinte de méningite et de purpura expulse à terme un fœtus mort ; elle meurt elle-même deux jours après. A l'autopsie de la mère, on constate du streptocoque dans les méninges, dans la rate, et dans une phlyctène développée sur une tache de purpura. A l'autopsie du fœtus on ne constate pas

de purpura à la peau, mais on trouve sur toutes les séreuses : plèvre, péritoine, péricarde, des ecchymoses avec des streptocoques » (MM. Hanot et Luzet, *in Manuel de Pathologie interne* de Dieulafoy).

Quel est le mécanisme intime de ce processus hémorragique ?

M. Bouchard et ses élèves ont démontré expérimentalement qu'il est dû à la paralysie des vasomoteurs par les toxines microbiennes. D'où : « ectasies capillaires, exsudation de sérum, diapédèse, hémorragie. »

On peut donc conclure que la grippe, affection polymicrobienne d'état, peut présenter, selon la prédominance de tel ou de tel agent, son degré de virulence, et aussi, suivant une grande loi de pathologie générale, selon le degré de résistance du terrain sur lequel l'infection a pu cultiver, des modalités congestives allant des formes bénignes, localisées, et simplement hypérémiques aux formes mortelles d'hémorragies généralisées par dyscrasie sanguine. M. Helme a donné de ces formes septicémiques hémorragiques une description saisissante (*in Revue mod. médecine et chirurgie*, 1918).

GRIPPE BÉNIGNE A FORME CONGESTIVE THORACO-GASTRIQUE

A côté de la grippe hémorragique septicémique, dyscrasique, identique aux formes hémorragiques des grandes infections, à côté des formes généralisées simples et des formes localisées, mais assombrissant le pronostic soit en raison de l'abondance de la perte sanguine, soit à cause du mauvais état du tissu artériel (sclérose) qu'elles décèlent, et de l'hypertension qui en résulte, soit à cause des tares organiques latentes qu'elles peuvent réveiller, on peut voir évoluer, même en pleine épidémie, des formes hémorragiques atténuées, effleurant un ou deux organes, et se résolvant rapidement sans laisser de séquelles apparentes. Nous disons : apparentes, car il se peut que les points de l'organisme qui ont ainsi localisé l'infection restent longtemps des lieux de moindre résistance tout désignés pour les infections futures : tuberculose, streptococcie (1), pneumococcie. Il est en effet fréquent de voir une pneumonie envahir ultérieurement le lobe qui s'était

1. « Gotschalk (*Central. f. gyn.*, 1889). Le premier a signalé 1 cas de métrite hémorragique succédant à une métrorragie constatée au cours de l'influenza » (Pozzi).

laissé congestionner en partie par les ectasines grippales (1). L'une de nos observations enregistre ce fait, que M. Ménétrier indiquait déjà en 1887 (*Grippe et pneumonie.* Thèse Paris, 1887).

Ces formes hémorragiques atténuées procèdent souvent en se localisant successivement, à quelques jours d'intervalle, sur deux points différents de l'organisme, et se traduisent par des hémorragies plus ou moins abondantes suivant l'intensité du processus hyperhémique.

Il semblerait que ces poussées congestives traduisent une réaction victorieuse qui, ayant acculé l'ennemi en des points à sa convenance, s'en débarrasserait par « des éjaculations sanguines » de défense... bénignes, à moins d'abondance extrême.

Les quelques observations que nous avons pu réunir pendant la guerre, en pleine épidémie, nous paraissent un exemple bien net de ce mode de défense spontanée se traduisant : d'abord par de légères hémoptysies ; quelques jours après par des hématémèses peu abondantes, et aboutissant rapidement à la guérison complète en apparence.

Trousseau attribuait déjà un pouvoir curateur à « certaines » hémorragies intestinales de la fièvre typhoïde ; mais il considérait néanmoins la plupart d'entre elles comme des accidents fâcheux, et il l'avait bien spécifié en écrivant ceci : « Je ne vou-

1. La pneumonie grippale primitive est des plus fréquentes ; mais nous n'avons en vue ici que la pneumonie qui se déclare dans le décours ou pendant la convalescence de la grippe.

drais pas qu'on me fît dire que je regarde comme d'une innocuité absolue ces accidents considérés jusqu'à présent comme des complications toujours sérieuses ».

Mais, « accidents » dans la dothiénenterie, certaines hémorragies ne peuvent-elles être incidents au cours de quelques grippes, et même : incidents heureux ?

Les quelques observations qui suivent tendent à le laisser supposer. — Quelques jours après la constatation de la légère hémorragie gastrique, on y voit, en effet, la grippe tourner court, et se comporter à l'égard de l'influenza, de moyenne intensité, commune, comme le typhus abortif (Lebert) à l'égard de la fièvre typhoïde, ou comme la varioloïde à l'égard de la variole.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle)

15 janvier 1918. — D... V., médecin A.-major aux armées. Pris brusquement dans la soirée de frissons répétés, céphalalgie intense sus-orbitaire et occipitale ; épicranie ; fièvre acquérant rapidement une grande intensité. T. : 40° 1 : pouls : 100.

16 janvier. — Nuit très agitée. Insommie complète. Légères hallucinations de la vue et de l'ouïe. Toux sèche, douloureuse.

Au matin, fièvre tombe à 38°2. Pouls : 90, dur, tendu, vibrant.

A l'examen : angine rouge légère ; langue porcelainée. Un point douloureux pulmonaire en arrière au huitième espace intercostal droit ; la pression profonde exagère la douleur, mais pas d'hyperesthésie cutanée

A la percussion : Submatité à ce point, qui révèle à l'auscultation de nombreux râles sous-crépitants aux deux temps dans une zone très limitée.

17 janvier. — T. soir : 40° 2. Pouls : 100. Nuit agitée ; quelques hallucinations de la vue.

Au matin, fièvre tombe : 38° 2.

Céphalée toujours vive. Toux fréquente, douloureuse.

Urines rares et rouges. Aucun signe nouveau.

18 janvier. — T. soir : 40 degrés. Pouls : 100. Nuit agitée ; insomnie complète.

Au matin, la fièvre tombe : pouls tendu et rapide.

Vers onze heures : crachats muco-purulents fortement teintés de sang. Ils se répètent plusieurs fois dans la journée.

Un point douloureux se révèle à l'épigastre. Il est augmenté par la pression profonde. Pas d'hyperesthésie cutanée à son niveau.

A la percussion : Zone de submatité limitée ; râles sous-crépitants nombreux a son niveau. De gros râles de bronchite disseminés dans la poitrine. Rien au sommet. Rien au cœur.

19 janvier. — T. soir : 39°9. Pouls : 100. Nuit agitée. Céphalée toujours vive.

Comme toujours la fièvre tombe au matin.

Nombreux crachats hémoptoïques dans la journée : douleur thoracique moins vive que la veille.

Douleur épigastrique persiste ; quelques nausées.

20 janvier. — T. soir : 39°9. Pouls : 90. Nuit meilleure ; le malade repose un peu et souffre moins de la tête.

Au matin la fièvre tombe ; le pouls reste assez rapide et tendu.

Les crachats sont moins teintés ; douleur thoracique presque nulle.

Mais, douleur épigastrique persiste, et, à 14 heures, se produit après un état nauséeux assez long un vomissement aqueux fortement teinté de sang. Une autre petite hématémèse à 18 heures. Melœna constaté le soir.

21 janvier. — T. 39°8. Pouls : 100. Nuit bonne. Plus de

céphalée. Au matin la fièvre est nulle : pouls tendu assez rapide.

Les signes thoraciques ont pour ainsi dire disparu.

Dans l'après-midi, nausées et très légère hématémèse.

Le mélœna est constaté.

22 janvier. — T. 39 degrés. Pouls : 90. Très bonne nuit.

Pas de vomissements pendant la journée. Anorexie moins prononcée. Langue se dépouille.

23 janvier. — T. 39 degrés, le soir. Pouls : 90. Bonne nuit.

Au matin la température est normale. Crise urinaire pendant la journée ; accompagnée de sueurs abondantes. Plus de toux ; plus de douleurs. Ni nausées, ni vomissements.

A l'auscultation, à la percussion : aucun signe appréciable.

La convalescence commence ; elle a été très longue.

OBSERVATION II (Personnelle)

Hôpital Gondrecourt (Meuse)

René T..., soldat au... d'infanterie (en permission de détente).

3 juin 1918. — Arrive à l'hôpital le deuxième jour de sa grippe.

T. soir, 40 degrés ; Pouls : 100. Céphalée intense. Toux douloureuse et fréquente ; point douloureux à la base droite.

En cet endroit, point conjestif très limité avec submatité, râles sous-crépitants en bouffées. Gros râles de bronchite dans toute la poitrine.

Rien aux sommets ; rien au cœur.

4 juin. — Nuit mauvaise. Le malade est très agité.

Au matin, T. 38°5. Pouls : 90 dur, tendu, vibrant.

Pas de symptôme nouveau pendant la journée.

5 juin. — *Id.*

6 juin. — Plusieurs expectorations franchement hémoptoïques.

A l'auscultation, même limitation du foyer ; aucun foyer nouveau.

7 juin. — La fièvre a toujours le même type. Les expectorations hémoptoïques continuent.

Le malade accuse un point douloureux à l'épigastre et un état légèrement nauséeux.

8 juin. — L'expectoration hémoptoïque a cessé ; les crachats sont muco-purulents.

L'état nauséeux est plus accentué et le malade a deux vomissements aqueux assez fortement teintés de sang.

9 juin. — Dans l'après-midi : un vomissement teinté ; le mélœna est constaté.

10 juin. — Plus de vomissements. Le mélœna est constaté par la réaction de Meyer.

11 juin. — La T. est normale. La crise urinaire se produit.

Le foyer congestif est en pleine résolution. La région épigastrique n'est plus douloureuse.

12 juin. — Le malade entre en convalescence. Il est très affaibli.

La ligne blanche de Sergent se produit (nous avons d'ailleurs pu provoquer ce signe chez la plupart de nos convalescents de grippe).

OBSERVATION III (Personnelle)

(Hôpital de Gondrecourt)

15 juin 1918. — André B..., caporal au... d'infanterie.

Arrive au quatrième jour de sa grippe qui a débuté brusquement avec épistaxis abondante.

T. soir, 40°5. Pouls: 100. Céphalée intense et photophobie.

Toux fréquente et douloureuse. Expectoration franchement hémoptoïque. Point douloureux à la base gauche. Point douloureux à l'épigastre. Pas de nausées.

A la percussion : zone de submatité très limitée à la partie postéro-inférieure du lobe inférieur gauche.

A ce niveau l'auscultation décèle un foyer de râles sous-crépitants et une respiration légèrement soufflante.

Rien au sommet. Rien au cœur.

16 juin. — T. 38°8 au matin. Pouls : 90 régulier et tendu.

Expectoration hémoptoïque ; douleur persistante au thorax et à la région épigastrique. Ni nausées, ni vomissements.

17 juin. — *Id.*

18 juin. — Moins de fièvre. Nuit meilleure. Moins de céphalée.

Les crachats hémoptoïques ont cessé. Le point thoracique moins douloureux.

L'épigastre toujours douloureux. Ni nausées, ni vomissements. Cependant un méléna occulte est décelé dans les selles par la réaction de Meyer.

19 juin. — *Id.* Réaction de Meyer positive.

20 juin. — La défervescence est complète.

Réaction de Meyer négative.

La crise urinaire ne s'est pas produite.

21 juin. — *Id.*

22 juin. — La fièvre se rallume brusquement. Le point de côté thoracique reparaît, très intense. Toux fréquente et douloureuse.

23 juin. — Une pneumonie franche se déclare dans le lobe congestionné par la grippe, évolue classiquement et se termine par défervescence brusque accompagnée de crise urinaire et sudorale le 30 juin.

Pendant la période d'état de la pneumonie secondaire, pas de crachats hémoptoïques constatés.

OBSERVATION IV (Personnelle)

Ambulance 4/69

Jean D... soldat au d'Infanterie.

12 septembre 1918. — Arrive à l'ambulance au troisième jour de sa grippe qui a débuté brusquement.

T. soir 40°5. Pouls 100. Toux sèche et quinteuse. Point douloureux à la base droite. Crachats hémoptoïques depuis la veille. Céphalée intense.

Submatité très limitée en arrière, à la base droite : à ce niveau l'auscultation décèle une pluie de râles sous-crépitants et une respiration légèrement soufflante. De gros râles de bronchite disséminés dans toute la poitrine.

Rien aux sommets ; rien au cœur.

13 septembre. — Au matin T. 38°6. Pouls à 90, régulier, dur, tendu. Nombreux crachats légèrement teintés de sang pendant la journée. Le malade accuse des nausées et une

douleur sourde au niveau de l'épigastre. Pas de vomissement.

14 septembre. — T. soir : 40 degrés. Pouls 100. Nuit agitée. Céphalée intense. Insomnie complète.

Plusieurs crachats hémoptoïques et un vomissement assez fortement teinté de sang. Le soir, une selle contenant quelques matières goudronneuses. Lavées à l'eau ; l'eau de lavage est sanguinolente.

15 septembre. — T. soir : 40 degrés. Pouls 99. Céphalée moins vive. Le malade peut s'assoupir deux heures.

Au matin T, à peu près normale. Pouls assez rapide, dur et tendu. Point de côté thoracique presque plus douloureux. Plus de crachats hémoptoïques.

A l'auscultation, le foyer, toujours très limité, semble en pleine résolution. Aucun autre foyer congestif n'évolue

Un seul vomissement teinté pendant la journée. Une selle paraît normale ; l'eau de lavage semble cependant légèrement sanguinolente.

16 septembre. — Nuit meilleure. Pas de céphalée.

17-18 septembre. — Pas de vomissements dans la journée. Une selle, paraît normale.

19 septembre. — T. et pouls normaux.

La crise urinaire se produit ; sueurs assez abondantes.

OBSERVATION V (personnelle)

Ambulance 4/69

Albert H..., soldat au Infanterie coloniale.

1er octobre 1918. — Entre à l'Ambulance au quatrième jour de sa grippe.

T. soir 40 degrés. Pouls 100. Céphalée violente, surtout occipitale, avec raideur de la nuque. Dit cracher le sang depuis deux jours.

Accuse un point douloureux à la pointe de l'omoplate droite. A ce niveau, à la percussion, zone de submatité très limitée ; à l'auscultation, râles sous-crépitaux nombreux. Gros râles de bronchite à la région hilaire.

Les sommets paraissent nets ; rien au cœur.

Nombreux crachats hémoptoïques pendant la journée. Pas de douleur épigastrique ; état légèrement nauséeux.

2 octobre. — T. soir 40 degrés. Pouls 101. Nuit agitée; un peu de délire. Une selle diarrhéique, très teintée, pendant la nuit.

Au matin, la fièvre est tombée ; pouls assez rapide, dur et tendu.

Les symptômes thoraciques sont bien moins marqués et l'expectoration uniquement muco-purulente.

Etat nauséeux. Pas de vomissement.

Pas de douleur épigastrique.

30 octobre. — Mêmes symptômes.

Un vomissement aqueux teinté de sang à 11 heures ; un autre dans la soirée. Une selle contenant quelques matières goudronneuses. L'eau de lavage est fortement teintée.

4 octobre. — Nuit meilleure. Une selle diarrhéique teintée. La fièvre est moins forte ; le pouls régulier et tendu. Pas de vomissements.

5 octobre. — Le mieux se poursuit.

Les signes stétoscopiques tendent à disparaître.

Crise urinaire et diarrhéique.

6 octobre. — *Idem.* Selle paraissant normale.

Le malade entre manifestement en convalescence.

N. — Dans toutes ces observations, les signes stétoscopiques sont et restent très limités.

Le cœur reste bon, et très régulier ; pouls ne dépasse pas 100 p.

L'état général reste satisfaisant.

Peu ou pas de dyspnée.

TRAITEMENT DE LA GRIPPE BÉNIGNE A FORME CONGESTIVE THORACO-GASTRIQUE

Il est purement symptomatique.

Il faut :

1° Calmer la céphalée et modérer l'hyperthermie.

Antipyrine : 1 gr. 50 par jour en potion.

Potion avec	Analgésine.....	1 gr. 50
	Bicarbonate de soude.....	3 — »
	Sp. de limons.....	30 — »
	Eau, q. s. p.....	150 cmc.

A prendre par cuillère à soupe.

Ou cryogénine (qui calme bien la céphalée grippale).

Le premier jour.....	1 gr.
Le deuxième jour....	0 gr. 80
Le troisième jour....	0 gr. 60

(En cachets).

2° Veiller à la diurèse :

Tisanes diurétiques en abondance, avec 30 gr. de lactose (dissous à chaud) par litre.

Grands lavements froids.

3 Veiller à l'antisepsie intestinale :

Régime lacté absolu.

Tous les deux jours un lavement purgatif.

4° Modérer la toux et la congestion broncho-pulmonaire.

Potions calmantes (Teinture aconit, Teinture belladone, Sirop thébaïque).

Ventouses sèches ou, si nécessaire, scarifiées.

Enveloppements humides du thorax, plusieurs fois renouvelés dans la journée, ou mieux : Bains tièdes (28 à 30°) : 15 minutes de durée.

5° Arrêter l'hémorragie gastrique :

Compresses humides froides sur la région épigastrique.

Régime hydrique : eau glacée en petite quantité.

Potion au chlorure de calcium gélatiné :

Potion avec	Chlorure de calcium.....		2 gr.
	Gélatine		4 —
	Sp. thébaïque.....	ââ	20 —
	Sp.éc. orange amère..		
	Eau, q. s. p.....		150 cc.

A prendre par cuillerée à bouche dans la journée, trois jours de suite.

6° Surveiller le cœur attentivement. Dans la grippe, le pouls est la clef du pronostic.

Si nécessaire, potion avec caféïne, 0 gr. 50 ; benzoate de soude, 2 grammes.

Ou potion : acétate d'ammoniaque, 4 grammes.

La convalescence, qui est toujours longue, devra être surveillée avec soin.

Tonifier fortement le malade par une nourriture appropriée à son état général.

Pendant un mois, alterner les injections journalières de chlorhydrate d'adrénaline (solution de Trivas 1 cmc.) et de cacodylate de soude (5 cgr. au cmc.).

Envoyer, si possible, le malade à la campagne, au repos complet, pendant plusieurs mois.

CONCLUSIONS

Dans certaines grippes, une poussée congestive semble se faire en deux temps successifs : dans un lobe pulmonaire d'abord, vers l'estomac ensuite.

Ces congestions, très localisées, se traduisent par une expectoration hémoptoïque ; puis, par des hématémèses légères et fugaces, ou même, uniquement, par des hémorrhagies intestinales occultes, décelables seulement par les procédés de laboratoire.

Les symptômes généraux s'améliorant rapidement à la suite de ces décharges sanguines, on ne peut s'empêcher de penser qu'elles traduisent, non de simples ectasies par paralysie des vaso-moteurs, mais un mode actif de défense de l'organisme tendant à se débarrasser mécaniquement de foyers infectieux très limités.

Ce mode curateur spontané a son côté défectueux. Il va laisser subsister quelque temps dans les tissus des points congestifs en voie de résolution et des nécrobioses superficielles. Jusqu'à la réparation complète, ces brèches organiques seront en instance d'infection secondaire.

D'où la nécessité de ne pas considérer trop vite

comme guéri un convalescent de grippe qui a fait des hémoptysies ou des hématémèses même peu abondantes.

Des soins prolongés s'imposent, d'autant plus que même après une grippe bénigne et sans complication d'aucune sorte, la convalescence est toujours traînante ; que le malade, toujours affaibli et anémié, présente souvent de l'hypothermie, de la mollesse du pouls, des réflexes exagérés, une émotivité remarquable, et bien d'autres symptômes décelant l'atteinte profonde portée par le virus à l'économie tout entière, et, plus particulièrement, au système nerveux.

Vu : le Président de la thèse,
P. CARNOT

Vu : Le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

Bouchard. — Pathogénie des hémorragies. Thèse d'agrégation. Paris, 1869.

Dieulafoy. — Article : Grippe (In Manuel de Pathologie Interne).

Bezançon. — Ulcère rond de l'estomac au cours de la grippe.

Ménétrier. — Grippe et pneumonie. Thèse de Paris, 1887.

Huchard. — Epidémie de grippe, 1889-1890.

Mesnard. — Epistaxis et hémorragies au cours de l'influenza (Bulletin de la Soc. d'Anatomie et Physiologie. Bordeaux, 1890).

Comby. — Epistaxis et hémoptysies dans la grippe chez les enfants (Bulletin Soc. médic. des Hôpitaux. Paris, février 1890).

Morin — Remarque sur la dernière épidémie d'influenza, et, en particulier, sur les phénomènes hémorragiques. Thèse Paris, 1891.

Branthomme. — Quelques manifestations hémorragiques dans l'influenza (France médicale. Paris, 1896).

Simonin. — Quelques manifestations hémorragiques de la grippe. Thèse Nancy, 1897.

Netter. — Traité de médecine et de thérapeutique, t. IX, 1891.

Weill (P.-M.). — Hémoptysies tuberculeuses. Thèse Paris, 1912.

Lesné. — Hémorragies grippales (Bulletin Soc. médic. Hôpitaux. Paris, 1918, n° 33).

Netter. — Fréquence des hémorragies chez les grippés en

1889-1890 et en 1918 (Bulletin Soc. médic. Hôp. Paris, 1918, n° 29).

Caussade. — Observations d'hémorragies gripp. ulcérations de l'estomac et de l'intestin (Soc. médic. Hôp. Paris, 1918).

Pons. — Pneumonie grippale avec hémoptysies (Revue moderne de Médecine et Chirurgie, 1918).

Helme. — Pandémie grippale. Formes septicémiques hémorragiques (Revue mod. Médecine et Chirurgie, 1918).

Ménétrier. — Ecchymoses pulmonaires dues à bronchopneumonies grippales (Bulletin Académie de Médecine, janvier 1919).

Trémolières et Rafinesque. — Un cas d'hémoptysie grippale mortelle (Bulletin réunion médico chirurgicale, VII[e] Région).

Richet fils (Ch.) et Barbier (A.). — Cinq cas d'épanchements sanglants aseptiques de la plèvre au cours de la grippe (Bulletin Soc. méd. Hôp. Paris, oct. 1918).

Lesné. — Observations d'hémorragies intestinales grippales (Bulletin Soc. méd. Hôpitaux. Paris, oct. 1918).

Touraine (A.). — Formes cliniques de la grippe et grippe hémorragique (Bulletin réunion médico-chirurgicale, VII[e] Région, 31 octobre 1918).

Chopinet (L.). — Contribution à l'étude des hémorragies au cours de la grippe. Thèse Paris, 1919.

Exintaris (J.). — Les hémorragies dans le cours de la grippe, et, en particulier, celles de l'épidémie 1918-1919. Thèse Paris, 1919.

Joltrain et Baufle. — La grippe, 1919.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction..... 7
Des formes hémorragiques les plus communes..... 9
De l'hémoptysie grippale grave..... 14
Pathogénie..... 18
Grippe bénigne à forme congestive thoraco-gastrique.. 21
Observations..... 24
Traitement de cette forme congestive bénigne..... 33
Conclusions..... 36
Bibliographie..... 38

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine. Paris — 4414-19